

Чоо Кум Дя, Н.Г. Бобылев, С.Х. Тен, Д.В. Широков

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ВОЗРАСТНОГО ПТОЗА ЛИЦА

Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8-(4212)-32-63-93;
МУЗ «Городская больница №2» им. Д.Н. Матвеева, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 54;
Хабаровская больница ФГУ «ДВО МЦ СМБА России»,
680000, пер. Ладожский, 6, тел.: 8-(4212)-36-39-22, г. Хабаровск

Резюме

Представлен 15-летний опыт применения различных способов хирургической коррекции возрастных изменений лица, отмечены их преимущества, недостатки и дано обоснование метода выбора авторов. Наряду с внедрением широкого диапазона хирургических вмешательств, важное значение уделяется определению показаний к их проведению.

Два основных тезиса: эффективность и безопасность достигаются хирургической коррекцией глубоких слоев мягких тканей путем адекватной мобилизации, перемещения и надежной фиксации в сочетании с анатомической точностью их исполнения. Такая тактика позволила минимизировать послеоперационные осложнения, улучшить эстетический результат и сделать ее исходы прогнозируемыми.

Ключевые слова: блефаропластика, лифтинг мягких тканей лица.

Cho Cum Dia, N.G. Bobylev, S.H. Ten, D.V. Shirokov

CONTEMPORARY REJUNIVATION SURGERY OF THE AGING FACE

Far Eastern state medical university, Khabarovsk

Summary

This article presents 15-years experience of different surgical techniques used for the face rejuvenation: their advantages and shortcomings. Authors advocate their favorite surgical methods of blepharoplasty and face lifting. «Surgery has to be effective and safe» — is the basic principle and it is achieved by surgical correction of the deep soft tissue structures with transposition and fixation to the firm points. Safe surgery means the knowledge and «respect» of the deep structures anatomy landmarks. Authors proved that in addition to the broad specter of the surgery methods it is very important to consider correct application in accordance to the individual situation. Such approach decreases common complication of the surgery and increased the esthetic results of the surgery.

Key words: blepharoplasty, face lifting, face aging.

Эстетическая хирургия сегодня является значимым разделом в пластической и реконструктивной хирургии, но отношение к ней остается неоднозначным по разным причинам:

1. Показанием к операции является не заболевание, а желание изменить внешность.

2. Несовершенство методов коррекции, что может привести к неудовлетворительному эстетическому исходу.

В течение длительного периода времени, когда эстетические операции проводились в единичных центральных клиниках и были практически недоступны для жителей регионов, впоследствии сменились ситуацией, когда они стали очень востребованны, и проводились не всегда профессионально. За это время сформировались клиники, хирурги, которые работают в разделе эстетической хирургии не только в центральных мегаполисах. В этой связи необходимо отметить, что клиники стран Юго-Восточной Азии начинают продвигать различный спектр медицинской помощи, в том числе и эстетическую хирургию. Данный раздел хирургии нельзя игнорировать, а следует развивать и совершенствовать в регионах.

Мы поставили цель провести анализ тенденций в эстетической хирургии возрастных изменений лица для совершенствования исходов операций.

Материалы и методы

В отделении челюстно-лицевой хирургии МУЗ №2 г. Хабаровска и в хирургическом отделении ДВО МЦ СМБА России мы проводим эстетические операции в течение 15 лет. За период с 1994 по 2009 г. нами было проведено 1758 операций по поводу возрастных изменений лица и шеи. В таблице представлен диапазон операций. Возраст пациентов колебался от 32 до 67 лет.

Результаты и обсуждение

Блефаропластика. В первые годы блефаропластика проводилась преимущественно стандартным или классическим способом, при котором основные моменты операции — это резекция ретробульбарной клетчатки и иссечение кожного, но чаще кожно-мышечного лоскута с кантопексией для профилактики послеоперационной деформации нижних век.

В результате анализа результатов блефаропластики мы стали внедрять субконъюнктивальный метод блефаропластики нижних век, использование ретробульбарной клетчатки для коррекции нижнеглазничного края, пексию орбитальной мышцы, укрепление орбитальной фасции. Некоторые способы и приемы остались в нашей практике, а некоторые используются лишь эпизодически.

Методы блефаропластики стали варьировать в зависимости от клинической ситуации — от классических вариантов до щадящих. Наиболее часто в последние годы нами использован субконъюнктивальный способ блефаропластики нижних век с частичной резекцией

Объем и виды операций

Наименование операции	Кол-во операций
Лифтинг средней, нижней зоны лица и шеи	395
Лифтинг верхней и средней зоны лица	63
Лифтинг верхней зоны лица	195
Блефаропластика верхних век	525
Блефаропластика нижних век	425
Липосакция шеи	155
Итого	1758

ретробульбарной клетчатки с иссечением избытка кожи по показаниям. Как правило, проводилась кантопексия и миопексия. Способ перемещения ретробульбарной клетчатки с ее фиксацией.

Метод по S. Namra [4] в настоящее время мы практически не используем, так как не было получено эстетических преимуществ, за исключением медиальной жировой клетчатки, которая перемещается для заполнения слезной борозды, а предпочитаем способ укрепления орбитальной фасции к надкостнице нижнеглазничного края, и таким образом, устраняем деформацию века.

Во время блефаропластики верхних век иссечение кожи проводим таким образом, чтобы сохранить необходимую пропорцию между складкой — бровью и глазной щелью.

Использование различных способов блефаропластики позволило минимизировать осложнения блефаропластики и наиболее часто упоминаемую в литературе послеоперационную деформацию нижних век [3, 5, 6], прогнозировать исход операции и значительно их улучшить.

Нередко пациенты обращаются с жалобами в области век и с желанием выполнить блефаропластику, но при обследовании обнаруживается значительный птоз бровей, верхней или средней зон лица, что проявляется в области век, и оптимальное решение проблемы должно решаться другим способом.

Операция лифтинга тканей лица и шеи. В литературе отечественной и особенно зарубежной имеется большое число публикаций, посвященных совершенствованию методов хирургической коррекции возрастных изменений тканей лица и шеи. Большинство хирургов сегодня придерживается позиции, что необходимо наряду с устранением избытка кожи переместить и удержать глубокие мягкие ткани путем диссекции для их свободного перемещения и фиксации к более неподвижным структурам. Но каким образом это сделать и в каком слое? Здесь существует очень много вариантов и приемов, вплоть до персональных предпочтений [4, 5, 7].

На первом этапе при оперативной коррекции возрастного птоза тканей лица и шеи мы акцентировали внимание на препаровке кожных лоскутов и иссечении их избытков с элементами укрепления фасции путем сшивания поверхностной фасции лица и шеи. Однако со временем акцент стал перемещаться на более глубокие структуры, и стали выполняться такие этапы операции, как препаровка и перемещение поверхностной мышечно-апоневризальной системы лица и шеи (ПАМС) с освобождением ее от фиксирующих связок, липосакция, сшивание краев платизмы, фиксация малярного жирового комка к надкостнице.

Объем операции зависел от степени птоза, эластичности кожи, наличия жировой клетчатки. В то же время результативность операции не означало, что включить в операцию следует все хирургические приемы, а использовать их по показаниям. К примеру, в предыдущие годы мы стремились препаровать ПАМС максимально далеко, чтобы достичь большего эффекта, но в настоящее время ограничиваем ее мобилизацию до отделения скуловой связки, а малярный жировой комок мобилизуем с кожным лоскутом. Это изменение методики дает два преимущества: позволяет максимально устранить нососечные и носогубные складки и предупреждает угрозу повреждения средней группы ветвей лицевого нерва. Но основным аргументом явилось то, что поверхностная фасция на уровне мимических мышц средней зоны лица становится тонкой, с возрастом слабой, и фасциальный лоскут не может нести полноценную нагрузку. В последнее время мы стали дополнительно использовать фиксацию растянутых структур лица и шеи к надкостнице или апоневрозу или стягивать их. Относительно липосакции: мы проводим ее только при выраженном объеме жировой клетчатки, так как даже использование тонкой канюли (3 мм) не гарантирует равномерную поверхность. В остальных случаях предпочитаем прямую эксцизию жировой ткани. Как правило, дополнительно мы стали заполнять носогубные складки фасциально-жировыми аутоотрансплантатами. Изменение хирургической тактики, направленное на избирательное использование приемов с тщательной оценкой топографии глубоких структур, позволило минимизировать такие осложнения, как повреждение ветвей лицевого нерва и обширные гематомы с последующим некрозом кожи, которые, как известно [1, 2, 8, 9], являются наиболее драматическими.

Операция лифтинга верхней и средней зоны лица. Операция лифтинга верхней зоны лица менее всего изменилась со временем. Вероятно, это связано с эффективностью и обязательностью хирургических приемов (таких как резекция мышц-депрессоров), и она представляет наиболее стандартизованную операцию. Данные литературы свидетельствуют о малозначительных вариациях этапов операции, а в основном касаются вопроса доступа с целью уменьшить его размеры. Она редко проводилась изолированно и сочеталась или с лифтингом средней зоны лица, с лифтингом средней, нижней зоны лица и шеи, или с блефаропластикой. Возрастные изменения лица преобладают, как минимум, в двух зонах лица, редко ограничиваются в одной зоне, и потребовалось внедрение метода одновременного лифтинга верхней и средней зоны лица. Анализ различных версий этой операции выявил как их плюсы, так и минусы, и в основе выбора метода всегда была безопасность операции.

Лифтинг верхней и средней зоны лица проводился в над- и поднадкостничном слое (под скуловыми костями и верхней челюстью). Опыт проведения диссекции средней зоны лица в наднадкостничном слое на всем протяжении не безопасен для ветвей лицевого нерва, несмотря на кажущуюся техническую простоту операции и ряд публикаций о возможности избежать это осложнение [1, 2, 8]. Помимо поиска наиболее безопасного способа диссекции тканей была изменена методика фиксации тканей: для большего

эффекта и надежности проводили фиксацию тканей средней зоны лица с уровня основания крыльев носа.

Вышепредставленные усовершенствования в технике хирургического вмешательства были важным аспектом в улучшении результатов операции, но гораздо важнее был индивидуальный выбор метода операции. При коррекции возрастных изменений лица неверно ставить задачу «чем больше, тем лучше», правильнее — «наименьшими средствами достигнуть максимального эффекта». Применение способов операций с вмешательством в глубокие слои дает возможность минимизировать характерные признаки перенесенной операции. Современная хирургия возрастного птоза тканей лица должна быть максимально безопасной и предсказуемой не за счет применения только поверхностных и щадящих способов операции (время нельзя повернуть вспять), а за счет вмешательства в глубокие структуры, но разумно и с четким анатомическим обоснованием.

Операция липосакция на шее самостоятельно выполнялась в единичных случаях, и эффективность ее была невысока. При избыточном жировом слое необходимо сочетать липосакцию с укреплением платизмы, так как отмечается птоз не только кожи, но и платизмы при «тяжелой коже».

Выводы

1. Эстетическая блефаропластика возрастного птоза век дает наилучшие результаты при использовании методов, предусматривающих минимальную резекцию деформированных тканей в сочетании с их перемещением и фиксацией к неподвижным структурам.

2. Хирургическая коррекция возрастного птоза лица и шеи наиболее результативна при включении этапов операции на платизме, удалении неравномерных скоплений жировой ткани, укреплении ПАМС, мобилизации и фиксации малярного жирового комка.

3. Для коррекции птоза верхней и средней зоны лица методом выбора является способ наднадкостничной диссекции в верхней зоне, поднадкостничной диссекции в средней зоне лица с транспозицией и фиксацией тканей к надкостнице и/или к височному апоневрозу.

4. Определяющее значение в исходе эстетической операции при возрастных изменениях лица и шеи имеет индивидуальное приложение методов и приемов коррекции лица, и современная хирургия возрастного птоза лица и шеи должна сочетать две основные стороны: эффективность и безопасность.

Л и т е р а т у р а

1. Добряков Б.С., Добряков Б.Б., Волков А.В. Топографо-анатомические данные к профилактике осложнений операции наднадкостничной подтяжки мышечно-фасциальной системы верхних двух третей лица // *Анналы пластической хирургии*. - 2001. - №4. - С. 13-19.

2. Швырев С.П. О технике наднадкостничной подтяжки поверхностной мышечно-апоневротической системы верхних двух третей лица // *Анналы пластической хирургии*. - 1999. - №1. - С. 7-17.

3. Фришберг И.А. Особенности современной эстетической блефаропластики. Актуальные вопросы пластической, эстетической хирургической хирургии и дерматокосметологии. - М., 2001. - С. 52-53.

4. Baker T.J. Avoiding facial nerve injuries in rhytidectomy // *Plastic and reconstructive surgery*. - 1979. - Vol. 64 (2). - P. 781-784.

5. Hamra S.T. Surgical anatomy of the midface and malar mounds // *Plastic and reconstructive surgery*. - 2002. - Vol. 110 (3). - P. 876.

6. Fagien S. Algorithm for canthoplasty: the lateral reticular suspension: a simplified suture // *Plastic and reconstructive surgery*. - 1999. - Vol. 103 (4). - P. 2004-2007.

7. Mendelson B.C. Correction of the nasolabial fold: extended SMAS dissection with periosteal fixation // *Plastic and reconstructive surgery*. - 1992. - Vol. 89 (5). - P. 822-825.

8. Plasa R., Crus L. Lifting of the upper two-thirds of the face: suprapariosteal - subSMAS versus subperiosteal approach. The quest for physiologic surgery // *Plastic and reconstructive surgery*. - 1998. - Vol. 102 (6). - P. 2179-2181.

9. Ramires O.M., Mailard G.F., Mucolas A. The extended subperiosteal facelift: a definitive soft tissue remodeling for facial rejuvenation // *Plastic and reconstructive surgery*. - 1991. - Vol. 88 (1). - P. 227-230.

Координаты для связи с авторами: Чоо Кум Дя — доцент кафедры стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии ДВГМУ, тел.: 8-(4212)-30-42-58; Бобылев Николай Геннадьевич — доктор мед. наук, доцент, зав. кафедрой стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии ДВГМУ, тел.: 69-48-01; Тен Сергей Хончелович — клинический ординатор кафедры стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии ДВГМУ; Широков Дмитрий Владимирович — клинический ординатор кафедры стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии ДВГМУ.

